

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC**  
**PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**  
**EM ATENÇÃO BÁSICA/ SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PATRÍCIA ARAÚJO BURATO MIGUEL**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA A ATENÇÃO BÁSICA**  
**EM SAÚDE**

**CRICIÚMA**  
**2013**

**PATRÍCIA ARAÚJO BURATO MIGUEL**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA A ATENÇÃO BÁSICA  
EM SAÚDE**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família.

Orientadora (Tutora): Prof. (ª) Msc. Ioná Vieira Bez Birolo

**CRICIÚMA**

**2013**

**PATRÍCIA ARAÚJO BURATO MIGUEL**

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA ATENÇÃO BÁSICA  
EM SAÚDE**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade do Extremo Sul Catarinense, para a obtenção do título de Especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família, com Linha de Pesquisa em Saúde Coletiva.

Criciúma, 22 de março de 2013.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup>. Ioná Vieira Bez Birolo - Mestre - (Unesc) – Orientador

Franciele Lazzarin de Freitas Gava – Enfermeira- (Unesc)

Gisele Damian Antônio- Farmacêutica Doutoranda - (Ufsc)

Mariana Piazza - Enfermeira

**Dedico este trabalho a vocês que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos e me incentivaram muito para que eu pudesse realizá-los, meus pais, Palmira e Augusto.**

**A você André, companheiro no amor, na vida e nos sonhos, que sempre me apoiou nas horas difíceis e compartilhou comigo as alegrias de cada passo conquistado.**

## **AGRADECIMENTOS**

Registro meus agradecimentos a todos os que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido, contribuindo, de alguma forma para que eu realizasse esta especialização, auxiliando-me e dando-me forças nos momentos em que mais precisei.

Minha gratidão, em primeiro lugar, a Deus, e seu filho Jesus Cristo (melhor amigo), por estar comigo em todos os momentos e iluminando-me, sendo meu refúgio e fortaleza nos momentos mais difíceis. A Ele, minha eterna gratidão e adoração.

Agradeço, especialmente, à minha família, minha mãe e meu pai, que foram incansáveis; e, em especial, meu esposo, André, que esteve sempre ao meu lado, entendendo-me nos momentos de ausência, dando-me apoio e carinho.

A professora mestre Ioná Vieira Bez Birolo, minha “orientadora e tutora”, que possibilitou-me “aprendizagens únicas”, por meio do grande incentivo e orientação que me foram concedidos durante essa jornada.

Aos colegas multiprofissionais da residência, por tudo o que com eles aprendi e por partilharem a construção de experiências inovadoras. Em especial, a minha amiga e enfermeira Francieli: valeram os momentos de conversas, discussões e distrações.

Aos professores do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família.

A Universidade do Extremo Sul Catarinense de Criciúma e a todos os que fazem parte desta comunidade

A Prefeitura Municipal de Criciúma, bem como a Secretaria do Sistema de Saúde pela oportunidade de conhecer os serviços de saúde do município com a vivência durante a residência.

A todos Muito Obrigada!

“O acolhimento é fator primeiro para a humanização em saúde. A união usuário-profissional é o catalisador, para aprimorar as relações, que são as principais definidoras de atendimento digno e respeitoso, sustentando o vínculo que emerge do encontro da parte que busca ajuda, e a parte que oferece apoio”.

Lucimara Nunes Ferreira

## RESUMO

O Acolhimento é uma ferramenta utilizada para organizar o trabalho das equipes de saúde, sendo norteador para a efetividade e garantia de um acesso humanizado e qualificado aos usuários do sistema de saúde. Este estudo de abordagem qualitativa do tipo descritivo exploratório e de campo foi realizado no município de Criciúma – SC, com 34 Estratégia Saúde da Família (ESF), os instrumentos para coleta de dados envolveram entrevista semi-estruturada e roda de discussão com os enfermeiros gerentes das ESF, a análise dos dados baseou-se pela categorização dos dados e análise final, o qual visou elaborar e propor um protocolo de acolhimento com classificação de risco para a Atenção Básica em Saúde (ABS) do município de Criciúma/ SC. Num primeiro momento realizou-se entrevistas semiestruturadas as gerentes das Estratégia Saúde da Família (ESF) referente ao fluxo dos atendimentos e organização da demanda espontânea e programada. Assim, a elaboração do protocolo foi baseado na análise das entrevistas conforme a demanda das UBS/ESF do município e no protocolo de Manchester. Para uma melhor compreensão e finalização da proposta do protocolo de acolhimento com classificação de risco para a ABS, realizou-se uma roda de discussão com os gerentes das ESF, a qual possibilitou muita discussão e reflexão sobre o tema. O protocolo elaborado e proposto coloca o acolhimento caracterizado por meio de uma escuta qualificada e humanizada, uma forma de (re)organizar a ABS, oferecendo uma resposta ou resolutividade ao usuário, possibilitando-lhe um acesso e atendimento humanizado.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Classificação de Risco. Protocolo.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Roda de discussão do protocolo de acolhimento com enfermeiros .... 44



## **LISTA DE QUADRO**

Quadro 1 – Profissional responsável pela abertura da UBS/ESF – Criciúma - SC..29

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera
APS	Atenção Primária em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção a Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>154</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	154
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	154
<b>3 APROXIMAÇÃO COM A LITERATURA .....</b>	<b>165</b>
3.1 SISTEMA DE SAÚDE .....	165
3.2 ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE .....	176
3.2.1 Protocolo com Classificação de Riscos para a Atenção Básica em Saúde	176
Indicador não definido.	8
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>232</b>
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	232
4.2 TIPO DE PESQUISA.....	232
4.3 LOCAL DO ESTUDO .....	233
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	234
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	234
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	234
4.7 ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO .....	235
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	236
<b>5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>28</b>
5.1 RODA DE DISCUSSÃO SOBRE CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO .....	43
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO(S).....</b>	<b>54</b>
ANEXO A – Termo de Consentimento ...	55
<b>APÊNDICE(S).....</b>	<b>56</b>
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados- Entrevista com Gerente de ESF.....	57
APÊNDICE B - Protocolo de acolhimento com classificação de risco para a APS.....	58

## 1 INTRODUÇÃO

Após a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988, o cenário da saúde voltou-se a saúde pública com a construção de um novo modelo de assistência à saúde. A efetivação do SUS (Sistema Único de Saúde) e a garantia de seu funcionamento dependem da formulação e fiscalização de políticas públicas de saúde (BREHMER; VERDI, 2010).

Algumas das referências que regulamentam o SUS, englobam a criação de leis, decretos e portarias, como: Lei nº 8.080/90, Lei nº 8.142/90, Decreto 7508, Portaria nº 2.488/2011, Portaria nº 4279/2010 entre outros, bem como, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) orienta a construção de protocolos pelos serviços para fortalecer a integralidade e a efetividade do SUS sendo fortalecido pelos cadernos da Atenção Básica no volume 01 e 02. Este é um dos motivos pelos quais o tema é de relevância.

Segundo Starfield (2002) a ABS se caracteriza como o principal acesso do usuário ao SUS, sendo, dessa forma a porta de entrada nos serviços de saúde. A facilidade do acesso favorece uma adequada atenção a saúde do usuário, concretizando em maior resolutividade das ações e intervenções de saúde.

A escolha do tema surgiu após uma conversa prévia com a coordenação de Atenção Básica em Saúde (ABS) do município de Criciúma sobre assuntos pertinentes a atenção básica e que a Secretaria do Sistema de Saúde estaria interessada em aprofundar e melhorar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O tema de maior interesse foi o “acolhimento” considerado de suma importância para o acesso e a qualidade da atenção prestada aos usuários do SUS. No município o acesso dos usuários aos serviços de saúde varia nas diversas localidades, o qual não dispõe de um fluxograma e protocolo de acolhimento nos serviços de saúde, para auxiliar e direcionar o processo de trabalho das equipes. O município está interessado em adequar aos serviços de ABS um modelo de acolhimento com classificação de risco; melhorando a qualidade do acesso, a qualidade da atenção prestada aos usuários e a resolutividade da ABS.

Outra inquietação surgiu por intermédio das frequentes experiências cotidianas, nas quais se observou o desconhecimento dos profissionais sobre o acolhimento com classificação de risco e, ausência de um protocolo que subsidie esta prática nos serviços de saúde para a ABS.

De acordo com Paim (2010) a integralidade apresentou-se na Constituição Federal de 1988 como uma diretriz para a organização do SUS, a esta se atribuiu a noção de continuidade e coordenação do cuidado. Este significado derivou-se da Reforma Sanitária que contemplou a integralidade em quatro perspectivas: interação das ações de saúde; maior abrangência das dimensões de saúde (biológica, psicológica e social); continuidade da atenção nos diversos níveis de complexidade dos serviços de saúde; e ações intersetoriais.

Na ABS a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como um modelo de atenção para a reorientação da rede de atenção à saúde. Nessa estratégia, o foco da atenção é direcionado à família de um determinado território social. A ESF propõe, ainda, uma mudança na organização do trabalho, que deve ser construído baseado em equipe, visando práticas mais resolutivas e integrais. Assim, as ações de saúde devem ser direcionadas pelos princípios da humanização do cuidado. Estas ações de saúde são compreendidas como um conjunto de conhecimentos, processos e métodos usados no ramo de atividade na área da saúde. O acesso, o acolhimento e o vínculo entre trabalhadores e usuários interferem diretamente nas ações de saúde de maneira positiva ou negativa (COELHO; JORGE. 2009).

O Ministério da Saúde (2009) define a ESF sendo prioritária para a organização e fortalecimento da ABS. Uma das atividades do processo de trabalho é o conhecimento de seu território adstrito e de sua população, estes influenciando diretamente na formulação do planejamento das demais atividades da unidade de saúde.

A integralidade abrange tanto as ações de promoção à saúde, prevenção a doenças, de reabilitação e curativas. Bem como, apresenta um caráter multidimensional, além das ações que a UBS desenvolve para a população adscrita a seu território, a integralidade envolve a organização dos serviços de saúde, este necessitando das interações entre os programas de maneira horizontal (ALVES, 2005).

Segundo Ministério da Saúde (2004) o acolhimento é caracterizado como um método de desenvolver e organizar o processo de trabalho em saúde. É utilizado para atender todos os usuários que acessam o serviço de saúde de maneira humanizada, como também possibilitar uma escuta detalhada e demandar respostas apropriadas para cada pessoa. Assim, garantir uma acessibilidade com eficácia e resolutividade.

Além disso, a Política Nacional de Humanização (PNH) tem por meta a redução das filas e o tempo de espera dos atendimentos dos serviços de saúde, com ampliação do acesso e fornecimento de um acolhimento baseados em critérios de risco.

Nos serviços de saúde os atendimentos aos usuários são classificados em demanda programada ou em demanda espontânea. De acordo com Rodrigues (2011) na atenção programada os atendimentos são agendados com antecedência e consentidos com os usuários. Estes são planejados conforme o cadastramento das famílias, diagnóstico de vida e saúde da comunidade e perfil epidemiológico considerando as situações de maior prevalência e que requerem uma atitude do serviço de saúde. As demandas podem ser programadas também a partir dos programas do Ministério da Saúde para grupos prioritários, como: saúde da criança, do adolescente, da gestante, do adulto, do idoso, dos portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis).

A demanda espontânea ultrapassa a lógica programática, que segundo Ministério da Saúde (2011) é um modelo assistencial alternativo formado pelo conjunto de ações destinadas a controlar e intervir os determinantes, riscos e danos, os quais são decorrentes da alternativa de modos de vida da comunidade e as diferentes expressões do processo saúde-doença. Os usuários podem apresentar manifestações em momentos que não estão sendo acompanhados pela demanda programada necessitando de alguma intervenção.

Conforme a Portaria nº 2.488/2011 um dos fundamentos e diretrizes da APS é a integralidade das ações, as quais articulam-se entre programáticas e espontâneas. Estas ações envolvem desde a promoção da saúde à reabilitação, fortalecendo a autonomia e capacidade de automanejo do usuário.

O cuidado prestado na ABS pode ser voltado para condições agudas e condições crônicas. Os dois tipos de condições de saúde se diferenciam pelo tempo de duração da condição de saúde, e pela resiliência dos usuários e profissionais de saúde. Nas Condições Agudas as manifestações se apresentam em um curto período de duração, inferior a três meses, e nas Condições Crônicas as manifestações se classificam com um período mais longo, superior a três meses, podendo ser definitivas e permanentes (MENDES, 2012).

O principal problema relacionado à ABS se refere ao acesso e longitudinalidade dos serviços de saúde, especialmente nas existências de filas para

marcação de consultas e atendimentos. A marcação de consultas para o mesmo dia em que o usuário buscou o cuidado tem sido relatada como intervenção importante para reduzir o agendamento do usuário em longo prazo, diminuindo o tempo de espera para a consulta do médico, dentista, enfermeiro e outros profissionais da saúde. Portanto a implantação deste sistema requer, contudo, equilíbrio entre a oferta e a demanda, o desenvolvimento de planos para circunstâncias incomuns, além de sua adequação às práticas da ABS (VIEIRA et al. 2010).

Diante do exposto tornou-se imprescindível o estudo e esclarecimento da real necessidade para a construção e proposição de um protocolo para o acolhimento na ABS visando à escuta pautada na classificação de risco dos usuários. Justifica-se ainda a escolha do tema por tratar de questões sociais e humanas vivenciadas no cotidiano de nossa sociedade, e estar interligado ao processo de efetivação do direito à saúde e reorientação do modelo assistência na saúde.

Estar consciente e sensível da responsabilidade e função que a rede da ABS possui perante a sociedade, é fundamental para melhoria do acesso, acolhimento e resolutividade. Desta forma a regulamentação deste serviço no município, se faz necessária para que a equipe de profissionais de saúde possa compartilhar olhares e um método de acolhimento com classificação de risco adequado para sua área adstrita, bem como, possibilitar a ampliação do Direito a Saúde e garantia da cidadania perante a sociedade.

A partir das reflexões sobre a temática tem-se como problema de pesquisa: **Qual protocolo de acolhimento com classificação de risco pode ser elaborado e proposto para a Atenção Básica em Saúde no município de Criciúma - SC?**

Diante das experiências práticas nos serviços de saúde que o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família proporcionou e do conhecimento teórico adquirido sobre o assunto levantou-se três pressupostos referente à pesquisa proposta, os quais descrevem-se a seguir:

- ❖ A Atenção Básica em Saúde do município de Criciúma não possui protocolo de acolhimento com classificação de risco para a demanda espontânea.

- ❖ Inexiste na Atenção Básica em Saúde do município de Criciúma um fluxograma de acolhimento com classificação de risco para o atendimento dos usuários nas UBS.
- ❖ Na Atenção Básica em Saúde inexistem as definições de prioridades para consultas e atendimentos aos usuários do serviço.



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Propor um protocolo de acolhimento com classificação de risco para a Atenção Básica em Saúde do município de Criciúma / SC.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- ❖ Identificar o (s) profissional (is) envolvido no atendimento aos usuários na UBS;
- ❖ Averiguar a rotina de atendimentos nas UBS e as formas de organização das demandas;
- ❖ Discutir com as equipes da ABS do município em questão a proposta de protocolo de acolhimento com classificação de risco.

### **3 APROXIMAÇÃO COM A LITERATURA**

#### **3.1 Sistema de Saúde**

O Sistema de Saúde implantado no Brasil desde 1988, denominado SUS, tem por princípios a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação popular dos usuários em território brasileiro. Na construção deste sistema de acesso universal buscou-se a realização de ações de saúde onde toda a população pudesse ser alcançada e ofertada pelos serviços de saúde (SOUZA, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2012) o SUS tem como objetivo tornar-se um modelo, no que diz respeito, a promoção da equidade nos atendimentos oferecidos a saúde da população, apresentando serviços com qualidade de acordo com a real necessidade do usuário. Fazem parte dos serviços de saúde disponibilizados pelo SUS: os centros de saúde, UBS, ESF, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue, além de fundações e institutos de pesquisa, todos estes vinculados a esfera municipal, estadual e federal. Bem como as Vigilâncias em Saúde.

Os serviços de saúde são vistos como um modelo de atenção a saúde fundamentada nas ações curativistas e médico centrado, mostrando-se insuficiente perante resolutividade das ações, logo, a Portaria nº 4.279/ 2010, estabelece as diretrizes necessárias para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS, possibilitando a formação de vínculo dos profissionais à comunidade, o cuidado longitudinal e a qualidade do acesso e dos serviços prestados na ABS.

Ressaltando ainda a referida portaria os componentes que fazem parte da RAS envolvem a ABS, enfatizando nesta as UBS/ESFs, que funcionam como centro das atuações do cuidado ao usuário, constituindo-se o primeiro contato ao usuário, família e comunidade com o sistema. Como também, os serviços de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, logísticos e de governo.

A Portaria nº 2.488/ 2011 salienta a ABS como a principal porta de entrada dos usuários na RAS. Um dos fundamentos da ABS é o acesso universal dos serviços de saúde, possibilitando o acolhimento baseado na real necessidade de atenção à saúde do usuário, família e comunidade. No contexto da RAS a ABS precisa ser resolutiva no sentido de averiguar riscos, necessidades e demandas de

saúde na perspectiva de ampliar a capacidade de enfrentamento e autonomia do usuário.

A ESF é compreendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial de saúde, e formada por uma equipe multiprofissional. Esta responsável pelo cadastramento, acompanhamento das famílias em seu território definido e o desenvolvimento de ações de saúde. Além disso, prestar uma assistência integral e com qualidade (BRASIL, 2012).

### **3.2 Acolhimento na Atenção Básica em Saúde**

A Portaria nº 2.488/ 2011 coloca que o acolhimento é ferramenta do processo de trabalho das equipes na ABS, caracterizado pela escuta qualificada, classificação de risco, avaliação das necessidades que o usuário ou a comunidade apresenta e análise de vulnerabilidade de saúde. Sendo seu objetivo a efetividade de uma assistência prestada, consequentemente resolutive à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências.

Uma das atribuições comuns a todos os profissionais de saúde na ABS é a participação no acolhimento dos usuários, realizando a escuta, a coleta de informações e sinais clínicos, identificando as intervenções de cuidado ou plano terapêutico, proporcionando um ambiente acolhedor, e atendimento humanizado (BRASIL, 2011).

A PNH propõe princípios e maneiras de atuação conjunta entre profissionais e usuários, entre as diferentes unidades e serviços de saúde que constituem o SUS. Uma ferramenta é o acolhimento que atinge desde a recepção a assistência integral da necessidade do usuário (BRASIL, 2004).

Segundo Brehmer (2010) o acolhimento é uma forma de reorganizar os serviços de saúde a fim de oferecer uma resposta positiva referente ao problema do usuário. O momento do acolhimento na ABS proporciona experiências e reflexões das ações desenvolvidas no dia a dia dos profissionais, serve também para reconhecer a dimensão subjetiva do ser humano, sendo cabível o termo singular já que abrange o contexto histórico, social e cultural. Ainda, o acolhimento é ouvir atentamente as necessidades do usuário, de maneira a promover respostas e atenção à saúde.

Para Tesser (2010) o acolhimento surge na ABS como proposta para superar algumas lacunas que a ESF ainda enfrenta referente ao atendimento a demanda espontânea. A ESF foi criada com o intuito de superar a cultura da medicalização na sociedade, colocando uma concepção à promoção a saúde. As equipes de saúde foram orientadas a trabalhar com os programas específicos a saúde, entretanto, não ocorreram recomendações sobre a demanda espontânea.

Além disso, para o Tesser (2010) a reorganização do contato dos serviços de saúde de ABS com os usuários e suas demandas, a estratégia do Acolhimento tem um potencial de ativar o processo de medicalização social numa dimensão microsocial e local. Porquanto, o acolhimento se entrelaça com características de humanização, cidadania, acesso do usuário, escuta qualificada, vínculo, equipe centrada, resolubilidade e responsabilização.

Dessa forma, o acolhimento veio como proposta e ferramenta para o desenvolvimento de vínculo e acesso dos usuários, parte essencial ao processo de co-produção da saúde, orientados pelos princípios do SUS, que são: universalidade, integralidade e equidade (TESSER, 2010).

O acolhimento possibilita a criação de vínculos e confiança dos usuários com as equipes e os serviços de saúde e é uma das diretrizes mais importantes da PNH do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Nos serviços de saúde observa-se uma disparidade entre o acolhimento, como uma atividade de atendimento ao usuário da demanda espontânea, e a atenção qualificada e humanizada como preconiza a PNH e os princípios do SUS. No cotidiano das ESF o acolher focaliza um problema e limita o acesso dos usuários, logo; distorce o verdadeiro significado do acolhimento (BREHMER, 2010).

O Ministério da Saúde (2011) argumenta que há várias definições para o termo acolhimento, tendo diversos sentidos e significados. Uma das caracterizações do acolhimento é a prática apresentada à assistência e aos cuidados prestados, na relação entre usuário-profissional, e nos atos de receber e escutar o indivíduo. Uma das razões para acolher a demanda espontânea do SUS se faz referência à subjetividade e necessidade do usuário. Outra razão seria o acolhimento relacionado à satisfação do usuário na ABS incluindo nesta as tecnologias leves (tecnologias relacionais, vínculo, responsabilização entre outras); leve-dura (conhecimentos, protocolos); e duras (materiais e equipamentos). As unidades de saúde precisam estar preparadas para atender a demanda programada quanto a não programada

(espontânea), que apresenta eventualidades e imprevistos. Uma terceira razão do acolhimento fundamenta-se no fortalecimento de vínculos, porquanto o usuário busca a UBS em um momento de fragilidade e adoecimento.

O acolhimento como mecanismo de ampliação do acesso aos serviços de saúde aparece de maneira a incluir o usuário no processo de trabalho das equipes, como pessoas que têm uma necessidade de saúde. A dimensão de acolhimento como postura, atitude, e tecnologia de cuidado se transcorre nos modos de construção de vínculos, com aprofundamento da empatia do trabalhador perante o usuário (BRASIL, 2011).

Para o Ministério da Saúde (2011) um dos dispositivos do acolhimento para a ABS é a reorganização do processo de trabalho da equipe, o qual se estende na relação do cuidado com qualidade, que vai além da triagem para o atendimento médico, engloba uma reflexão das ações e ofertas que a unidade disponibiliza. Neste processo de organização a equipe precisa conversar e definir quais os profissionais participarão do acolhimento, quais planos de cuidados precisam ser implementados, e reconhecer os riscos e vulnerabilidade que a comunidade possui.

O processo de acolhimento torna-se uma diretriz que necessita de transformações contínuas no modo de desenvolver e funcionar a ABS. Este requer ações articuladas entre usuários, trabalhadores e gestores, para que o acolhimento possa se efetivar nos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

### **3.2.1 Protocolo com Classificação de Riscos para a Atenção Básica em Saúde**

O Ministério da Saúde propõe alguns materiais sobre acolhimento com classificação de risco para a ABS, entre eles o caderno de Atenção Básica “Acolhimento à demanda espontânea” de 2011, volume 01 e 02 e a cartilha da PNH HumanizaSUS: “acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde” de 2004.

No que diz respeito ao protocolo intitulado “O Acolhimento com Classificação de Risco” trata-se de um instrumento reorganizador dos processos de trabalho das equipes de saúde na tentativa de melhorar e consolidar o Sistema Único de Saúde. Tendo a finalidade de estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento prestado ao usuário do SUS. Além de ser um instrumento

de humanizar o atendimento e melhorar a qualidade das ações realizadas aos usuários.

O caderno de atenção básica do Ministério da Saúde (2011) sobre o acolhimento foi elaborado para ser utilizado pelos trabalhadores de saúde, apoiadores e gestores. Sendo assim, um instrumento no processo de acolhimento a demanda espontânea, aquela que chega a unidade denominada demanda livre.

Uma das estratégias para implantação do acolhimento é a construção de fluxograma dos usuários nas UBS. O fluxo dos usuários precisa partir do ponto que a recepção é o primeiro contato, sendo que em alguns casos deve haver um ambiente apropriado para escuta e até mesmo intervenções. Este com padrão de flexibilidade referente à realidade das comunidades que apresentam características singulares, e que possua uma lógica do caminho do acolhimento (BRASIL, 2011).

A lógica sistemática do fluxograma que o Ministério da Saúde (2011) apresenta no caderno da ABS, supõe que em primeiro momento os usuários que possuam atividades programadas na UBS como, por exemplo: vacina, consultas, preventivo, e outras da rotina do serviço, sejam direcionados para este fim, logo; evitando filas e recepção supercarregadas. Em segundo momento, questões imprevistas referentes à vida do ser humano, requerem organização do processo de trabalho da equipe para compreensão e intervenção ao usuário. Em terceiro momento, os trabalhadores destinados a receber os usuários de demanda espontânea tenham capacidade de identificar os riscos, analisando a vulnerabilidade, conheçam os serviços existentes na UBS.

Ainda ressaltando o fluxograma da UBS, o Ministério da Saúde (2011) descreve a importância deste sendo um método de visualização e organização do processo de trabalho, o qual precisa e deve ser modificado, adaptado de acordo com a necessidade local, tendo a perspectiva no usuário centrado. Logo, o usuário acessa a UBS, se há uma atividade agendada (programada) encaminhá-lo para a mesma. Caso não tenha atividade agendada verificar se precisa de atendimento específico da UBS, se sim, encaminhá-lo para o setor requerido como, por exemplo: coleta de exame, farmácia, nebulização, sala de vacina ou sala de procedimentos. Se o usuário não precisa de atendimento específico, conduzi-lo a um espaço adequado para escuta da demanda, avaliação do risco biológico e da vulnerabilidade subjetivo-social, discussão com equipe se necessário, definição das ofertas e ações de cuidado com base na necessidade do usuário.

Durante o acolhimento é necessário averiguar se o problema ou necessidade do usuário é uma condição aguda ou crônica. Neste momento se for uma condição crônica e o usuário é da área de abrangência da UBS orientá-lo quanto aos serviços de saúde que a unidade disponibiliza, ou inclui-lo em ações programáticas, agendamento de consultas (enfermagem, médica, odontológica e outras), discutir o caso em reunião de equipe, encaminhamento para ações intersetoriais ou outros pontos de atenção ao usuário. Entretanto, se a condição for aguda, esta pode ser classificada em três categorias: atendimento imediato; atendimento prioritário, e atendimento no dia. Estas podendo englobar as ofertas de atendimento médico, enfermagem, odontológico e outros, considerando o risco, desconforto, e vulnerabilidade do usuário. Bem como, abranger ações de permanência em observação na UBS, e/ou encaminhamento para outro serviço de saúde que atenda a necessidade do usuário (BRASIL, 2011).

Anteriormente, falou-se nas condutas possíveis diante a uma condição aguda, o Ministério da Saúde (2011) classifica o atendimento imediato em alto risco de vida, o qual necessita intervenção da equipe no exato momento. O atendimento prioritário é definido como risco moderado, o qual necessita intervenção breve da equipe, podendo interferir na ordem de atendimento. O atendimento no dia significa risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade, o qual a situação demandada pelo usuário precisa ser dirigida para o mesmo dia.

O Ministério da Saúde (2004) trata o acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde na PNH. A avaliação de riscos e vulnerabilidade envolve a atenção a todos os níveis e dimensões do ser humano, englobando o físico, mental, psíquico, social entre outros.

Um dos princípios do SUS, a equidade, deve ser levada em consideração durante o acolhimento, porquanto reforça o princípio de justiça, baseando-se que é preciso tratar diferente os desiguais ou cada usuário com suas necessidades. Para que este termo seja efetivado realmente nos serviços de saúde é necessário o trabalho em equipe e utilizar uma estratégia como ferramenta para identificar situações de risco e condições agudas. Entretanto, é importante que esta diferenciação se concretize em local reservado para a escuta, já que o grau de dor e a maneira de manifestação de sofrimento variam entre as pessoas. A classificação

do risco além de orientar o tipo de intervenção, vai demandar o tempo em que esta precisa acontecer (BRASIL, 2011).

Ainda sobre a avaliação de risco e vulnerabilidade o Ministério da Saúde (2011) reforça que a equipe de saúde precisa compartilhar uma mesma comunicação, para isto se faz evidente a troca de conhecimentos, experiências, e que sejam pactuados os critérios para a estratificação de risco. A adoção de um protocolo e escalas de risco tem impacto fundamental na qualidade do acesso e prestação dos serviços de saúde.

A opção do acolhimento com avaliação e classificação de risco determina a agilidade no atendimento que será ofertado ao usuário, a partir de uma análise profissional tendo uma fundamentação, um protocolo pré-estabelecido envolvendo o grau de necessidade, logo, proporcionado à atenção voltada ao usuário (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde (2011) salienta para que o acolhimento seja visto satisfatório ao usuário atendendo suas necessidades é preciso realizar avaliações ao longo do tempo entre a equipe. Algumas questões norteadoras para desenvolver as avaliações se pautariam em: como é realizado o acolhimento?; quais os profissionais que estão participando do acolhimento?; o que é ofertado durante o acolhimento?; qual o perfil da demanda espontânea?; e outras questões referente a realidade local da UBS.



## 4 METODOLOGIA

A metodologia é o alicerce que assegura ao pesquisador a trajetória segura para a pesquisa. Para Leopardi (2002, p. 163) “metodologia é a arte de dirigir o espírito na investigação da realidade, por meio do estudo dos métodos, técnicas e procedimentos capazes de possibilitar o alcance dos objetivos”.

Minayo falando a respeito da metodologia coloca que é considerada “(...) o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (1994, p.16). Tendo seu objetivo “(...) as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o (...) potencial criativo do investigador”.

### 4.1 Abordagem Metodológica

Esta pesquisa foi de abordagem qualitativa, porquanto possuiu como objetivo auferir resultados para a solução do seguinte problema científico: Qual protocolo de acolhimento com classificação de risco pode ser elaborado e proposto para a Atenção Básica em Saúde no município de Criciúma - SC?

Com a pesquisa qualitativa

(...) tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como, na perspectiva do próprio pesquisador (LEOPARDI, 2002, p. 116-117).

Ainda em relação à pesquisa qualitativa Minayo (1996, p.21-22), diz que esta abordagem:

(...) responde a questões muito particulares. (...) se preocupa com o nível de realidade que não pode ser quantificado. (...) trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

### 4.2 Tipo de Pesquisa

Caracterizou-se por uma pesquisa descritiva do tipo exploratória quanto aos objetivos, e de campo quanto ao local de coleta, pois, a pesquisadora foi diretamente ao local para estudo e conhecimento da realidade.

Optou-se por uma pesquisa de caráter descritivo que para Leopardi (2002, p.120) refere-se a: “estudos caracterizados pela necessidade de se explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações. Explorar uma realidade significa identificar suas características, sua mudança ou regularidade”.

Para Triviños (1995, p. 110) “os estudos descritivos exigem do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar (...) estudos descritivos pretendem descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade”.

Já a pesquisa de campo, de acordo com Leopardi (2002, p.130):

São aquelas desenvolvidas geralmente em cenários naturais. Tais estudos são investigações feitas em campo, em locais de convívio social, como hospital, clínicas, unidades de tratamento intensivo, postos de saúde, asilos, abrigos e comunidades. Procuram examinar profundamente as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto em ação, na vida real.

#### **4.3 Local do Estudo**

A pesquisa foi realizada no município de Criciúma, que está localizado no Sul do Estado de Santa Catarina. É integrado a Associação dos Municípios da Região Carbonífera - AMREC, da qual o município é polo. A população residente totaliza, aproximadamente, 193 mil habitantes em seu território conforme estimativas de IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2010.

A política de saúde do município segue os princípios do SUS, tendo como porta de entrada e acesso à população aos serviços de saúde o nível primário. A organização da rede de Atenção Básica em Saúde do município foi subdividida geograficamente em cinco regionais de saúde o que possibilita a definição da clientela atendida, bem como, identificar os maiores problemas de saúde.

Atualmente os serviços de saúde são compostos por quarenta e nove unidades de saúde/centro de saúde. Sendo destas 35 Estratégias Saúde da

Família, e 14 Unidades Básicas de Saúde. Entretanto, a pesquisa destinou-se a 34 ESF que existiam no período da coleta de dados.

#### **4.4 População e Amostra**

Participaram da pesquisa trinta e quatro (34) gerentes de Estratégia Saúde da Família por meio de Entrevista Semi- Estruturada (Apêndice A) e Roda de Discussão.

##### Critério de inclusão para os gerentes das ESF

- ❖ Disponibilidade, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos entrevistados (Anexo A).

##### Critério de exclusão para os gerentes das ESF

- ❖ Não disponibilidade, não aceitação e não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos entrevistados.

#### **4.5 Instrumento de Coleta de Dados**

A coleta de dados deu-se por meio de uma entrevista semi-estruturada individual, dirigida por questões pré-estabelecidas com o foco no acolhimento com classificação de risco na Atenção Básica em Saúde.

Sobre o termo entrevista, Neto in Minayo, (1994, p.57) relata ser uma conversa entre o sujeito e o investigador acerca de uma determinada realidade focalizada. Para ele “(...) o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais”. Ainda para Minayo “a discussão de grupo visa completar as entrevistas individuais e a observação”.

#### **4.6 Análise dos Dados**

A análise e interpretação dos dados foram realizadas com a técnica de análise de conteúdo, pela categorização dos dados, com ordenação, classificação e

análise final dos dados pesquisados.

A palavra categoria se refere “a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, trabalhar com ela significa agrupar elementos, ideias, ou expressões em torno de um conceito” (MINAYO, 2004, p. 70).

Segundo Creswell (2007) a análise e interpretação dos dados acontecem em diversas categorias; primeiro organizar e preparar os dados, ler todos os dados, fazer codificação, ou melhor, agrupar o texto e as frases em comum, fornecer informações mais detalhadas, realizar uma discussão interconectados e por último uma interpretação retirando as ideias principais.

Os dados serão analisados a partir dos conteúdos das entrevistas buscando compreender nas falas dos entrevistados aquelas que sintetizam com mais frequência o pensamento dos pesquisados.

A análise se pautará conforme coloca Minayo (1996, p. 78), que apresenta os seguintes passos para operacionalização da análise dos dados:

- a) *Ordenação dos Dados*: neste momento, faz-se o mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo. Aqui estão envolvidos, por exemplo, transcrição de gravações, releitura do material, organização dos relatos e dos dados da observação;
- b) *Classificação dos Dados*: Nesta fase é importante termos em mente que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir de um questionamento que fazemos sobre eles, com base numa fundamentação teórica, através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecemos interrogações para identificarmos o que surge de relevante (“estruturas relevantes dos atores sociais”). Com base nesse processo se elaboram as categorias específicas. Nesse sentido, determinamos o conjunto ou os conjuntos das informações presentes na comunicação.
- c) *Análise Final*: Neste momento, procuramos estabelecer entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

A categorização dos dados da entrevista com os gerentes das ESF serviu com o propósito de saber como ocorre a rotina de atendimentos aos usuários na ABS, que possibilitou uma reflexão crítica do processo de trabalho dos serviços de saúde do município de Criciúma. Estas informações subsidiaram na construção do protocolo com classificação de risco para a ABS.

#### **4.7 Elaboração do Protocolo**

Após a análise dos dados, foi elaborado o protocolo de acolhimento com classificação de risco para a Atenção Básica em Saúde.

A proposta do protocolo de acolhimento com classificação de risco para a ABS serviu para aprimorar a organização do processo de trabalho em saúde, assim, melhor o fluxo das UBS e o cuidado do indivíduo, família e comunidade. Os protocolos são importantes instrumentos no favorecimento da resiliência perante problemas na assistência e na gestão do trabalho. A construção do mesmo auxilia na implementação de respostas e soluções para os diferentes casos que se apresentam a uma equipe de saúde, já que os profissionais possuem pensamentos e atitudes diversas frente a um problema.

O instrumento de protocolo se caracteriza pela rotina de cuidados e gestão do trabalho respaldado por intermédio de pesquisa, conhecimento e experiência vivenciada. Como também, serve para organizar os fluxos, condutas e procedimentos nos serviços de saúde.

Em especificidade a construção e a proposta do protocolo que se pautou a pesquisa baseiam-se na organização do serviço em saúde e do processo de trabalho em saúde. Por meio das análises das entrevistas pode-se fazer o levantamento das principais demandas que chegam ao acolhimento dos serviços de saúde na ABS.

O protocolo (Apêndice B) foi construído de acordo com aspectos básicos das normas técnicas de publicações, como, por exemplo: capa, ficha técnica, apresentação, sumário, introdução (com justificativa, aspectos legais, objetivos e metodologia utilizada), conteúdo com o referencial técnico-científico (acolhimento com a classificação de risco), referências e anexos.

A proposta do protocolo de Acolhimento com classificação de risco para ABS foi elaborado e construído por base nas experiências dos serviços de saúde, e materiais de referencial teórico do Ministério da Saúde.

#### **4.8 Aspectos Éticos**

As questões éticas foram resguardadas através da inclusão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem foram asseguradas aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa.

A legislação vigente no Brasil sobre as questões éticas que envolvem as pesquisas com seres humanos está contida na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que diz:

- Respeito ao indivíduo pesquisado através do consentimento livre e esclarecido;
- Realizar a pesquisa com o consentimento verbal do sujeito ou responsável;
- Assegurar ao sujeito aspectos como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem durante todo o processo;
- Deverá ser dada ao sujeito a liberdade para participar ou se afastar a qualquer momento da pesquisa, sem que isso se constitua em prejuízo para a mesma;
- Respeitar o sujeito e seus valores culturais, sociais, morais, éticos e religiosos.

## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (CEP) com nº. 111.781/2012 iniciou-se a coleta dos dados seguindo os momentos descritos no capítulo anterior.

A entrevista (Apêndice A) com os enfermeiros gerentes de UBS/ESF do município de Criciúma teve como objetivo verificar o fluxo dos atendimentos e organização da demanda espontânea e programada dos serviços de saúde. O roteiro de entrevista utilizado foi composto por dois grupos de questões principais: o primeiro para a identificação do (s) profissional (is) envolvido (s) no atendimento aos usuários na UBS, e o segundo para a averiguação da rotina de atendimentos nas UBS e as formas de organização das demandas.

Os sujeitos da pesquisa foram gerentes de UBS/ESF, profissionais enfermeiros. Foram realizadas 34 entrevistas sem utilização de gravação, o local das entrevistas foi Secretaria Municipal de Saúde na oportunidade da reunião de gerência das unidades de saúde, e na própria UBS/ESF.

Para preservar o anonimato dos gerentes e seus respectivos ambientes de trabalho utilizou-se a sigla “ESF” significando Estratégia Saúde da Família, seguido de um respectivo número para caracterizar cada UBS/ESF, conforme preceitos éticos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Inicialmente realizou-se a caracterização dos profissionais diretamente envolvidos nos atendimentos nas UBS/ESF descrevendo o cargo que exerce na equipe de saúde, e a rotina de atendimentos efetuados nas UBS e as formas de organização das demandas, após efetuou-se a categorização dos dados a partir das temáticas principais.

**Categoria 1-** Profissional responsável pela abertura da UBS/ESF

**Categoria 2-** Conduta do Profissional que abre a UBS/ESF

**Categoria 3-** Atendimento a demanda

**Categoria 4-** Utilização de protocolo de acolhimento com classificação de risco

**Categoria 5-** Opinião sobre a construção do Protocolo

**Categoria 1-** Profissional responsável pela abertura da UBS/ESF

Ao questionar sobre o profissional de saúde responsável pela abertura da UBS/ESF, surgiram três tipos de profissionais: o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o ACS. Para esta responsabilidade observou-se cinco opções, conforme o quadro abaixo:

<b>Profissional responsável pela abertura da UBS/ESF</b>	<b>Quantidade de UBS/ESF</b>
Enfermeiro	08
Técnico de Enfermagem	09
Enfermeiro + Técnico de Enfermagem	11
Técnico de Enfermagem + ACS	05
ACS *	01

\* Devido à falta de funcionário (justificado pelo gerente da UBS/ESF)

**Quadro 1-** Categoria 1- Profissional responsável pela abertura da UBS/ESF- Criciúma- SC.

**Fonte:** Dados da Pesquisa.

Conforme a PNAB Portaria nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011) quando descreve as especificidades da equipe de saúde da família coloca o cumprimento da jornada de trabalho com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, com exceção do profissional médico. Logo, conota a funcionalidade de 08 horas diárias, cinco vezes na semana.

O município de Criciúma possui o horário dos serviços de saúde um pouco ampliado, em especial a UBS/ESF o funcionamento dos atendimentos iniciam as 07:00 às 12:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas, assim totalizando uma carga horária de 09 horas diárias e 45 horas semanais. Logo, o rodízio dos profissionais se faz necessário, para que a UBS/ESF possua profissionais de saúde em todo o horário do expediente para atendimento aos usuários do SUS.

A função de realizar atividades de atenção à demanda espontânea está nas atribuições específicas do enfermeiro, do técnico de enfermagem e do ACS na Portaria nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011).

Diante disto, fica evidente a função de planejar e gerenciar do enfermeiro das UBS/ESF (BRASIL, 2011) perante o encargo de organizar a abertura da unidade de saúde, com a definição do profissional entre os membros da equipe, bem como, o rodízio entre estes.



Em algumas comunidades acometidas pelo risco de vulnerabilidade social e violência, a parceria de dois profissionais da equipe de saúde para abrirem juntos a UBS/ESF é de grande valia, porquanto estas apresentam grande índice de violência física, e também proporcionam desgaste emocional.

Santos (2012) salienta que a vulnerabilidade na ABS relacionado à violência decorre do processo de trabalho, das necessidades de saúde dos usuários e da comunidade. O risco de exposição à agressão física e verbal do profissional está ainda associado às condições sociais, econômicas e culturais da realidade em que o profissional está inserido.

## **Categoria 2- Conduta do Profissional que abre a UBS/ESF**

Ao indagar sobre o atendimento ou a conduta do(s) profissional(is) que abrem a UBS/ESF perante a comunidade, obteve-se diversos tipos de fluxos do atendimento ao usuário. Destes emergiram quatro subcategorias:

**Subcategoria 2.1-** Distribuição de números para consulta médica diariamente.

**Subcategoria 2.2-** Distribuição de números para consulta médica semanalmente.

**Subcategoria 2.3-** Realização dos procedimentos de enfermagem.

**Subcategoria 2.4-** Organização do ambiente.

Na subcategoria “Distribuição de números para consulta médica diariamente”, vinte gerentes de UBS/ESF referiram que o primeiro atendimento prestado a comunidade se baseia na entrega dos números para a consulta médica, seguido da triagem ou pré-consulta, e após os procedimentos de enfermagem.

Conforme um estudo que avaliou o acesso dos usuários a UBS e os problemas locais enfrentados no município de Vitória (ES), as principais críticas estão relacionadas às dificuldades de acesso às especialidades médicas e dificuldade a consulta clínica. Na qual, este processo histórico leva a maioria da população ter uma visão, ainda, do SUS centrado no profissional médico como único responsável pela assistência. Apesar dos avanços da ESF, muitas comunidades reivindicam a solução dos problemas dos serviços de saúde na consulta médica tradicional e individual (SCHWARTZ, 2010).

Este tipo de organização, na maioria das vezes, é elaborado e planejado junto à comunidade respeitando a opinião dos usuários, como ilustra a fala abaixo:

*“Foi feito assembleia sobre saúde e foi decidido agenda diária”  
(ESF 30).*

Seguindo esta lógica, observa-se que muitas comunidades se direcionam as UBS/ESF com uma visão médico centrado e biologicista, procurando as UBS apenas para o atendimento a consulta médica, e infelizmente muitos profissionais de saúde acabam se sobrecarregando com a triagem da consulta médica, agenda médica e receitas controladas para satisfazer a necessidade da população, em muitas ocasiões, não conseguindo realizar uma avaliação das prioridades da comunidade adscrita à UBS/ESF sob a responsabilização da equipe.

O acesso às consultas médicas diárias pode representar um ponto negativo perante o acesso com tempo de espera prolongada, este, às vezes é maior devido a chegada antecipada dos usuários para consulta. Lima (2007) descreve em estudo realizado no município de Porto Alegre (RS) que o fato dos usuários chegarem cedo demais ou de madrugada para garantir consulta médica nas UBS, está relacionado à dificuldade de assistência prestada e surge como ponto negativo do SUS. A autora ainda coloca que uma possível solução ou alternativa seria abolir a distribuição dos números no início da manhã, e que esta atividade pudesse ser difundida ao longo do dia.

Entretanto, há evidências em várias UBS/ESF inclusive em algumas desta pesquisa, que acontece a disponibilidade de consultas médicas às 13:00 horas, porém os usuários chegam antes das 10:00 horas para iniciar a espera, o que conota uma cultura instituída de fila, difícil de romper e consequentemente dificultando o acesso no SUS.

Na subcategoria “Distribuição de números para consulta médica semanalmente”, seis gerentes apresentaram que a marcação dos números para consulta médica é realizada uma vez por semana; logo, no dia determinado pela equipe para a distribuição dos números a primeira atividade é a marcação das consultas para o restante da semana, seguido das outras atividades pertinentes a ABS. Nos demais dias semanais os atendimentos acontecem por ordem de

chegada, com o desenvolvimento de procedimentos de enfermagem, triagem, e orientações.

Esta opção para agendamento da consulta médica semanalmente foi demarcada como forma de organizar o atendimento as demandas das UBS/ESF junto aos usuários. A qual acontece sem interferir nos demais atendimentos a demanda espontânea diária.

De acordo com Rodrigues (2011) na atenção ou demanda programada os atendimentos são agendados com antecedência e consentidos com os usuários. Estes são planejados conforme o cadastramento das famílias, diagnóstico de vida e saúde da comunidade e perfil epidemiológico considerando as situações de maior prevalência e que requerem uma atitude do serviço de saúde.

Na subcategoria “Realização dos procedimentos de enfermagem”, dezoito gerentes elencaram a realização dos procedimentos de enfermagem sem comprometer a triagem para consulta médica, assim, seguindo a lógica da ordem de chegada.

Conforme a Portaria nº 2.488/2011, cabe aos profissionais da equipe da UBS/ESF garantir a integralidade à saúde por meio das ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos, bem como atender a demanda espontânea, realizar ações programáticas, coletivas e de vigilância.

Os profissionais de saúde precisam estabelecer com o usuário da UBS/ESF um elo de confiança, qualidade no atendimento ofertado, capacidade e competência na execução das tarefas para alcançar a resolutividade do serviço de saúde. O estudo de Lima (2007) em Porto Alegre no RS demonstrou que o processo de trabalho e a competência profissional das equipes influenciam diretamente no acolhimento ao usuário, implicando na satisfação do mesmo e promovendo a resolutividade das ações. Delimita ainda, que a equipe de enfermagem precisa implementar e criar mudanças na lógica do atendimento, a garanti-lo com atenção centrado no usuário de forma integral e não apenas em um mero procedimento.

Mencionando esta abordagem Coelho (2009) descreve que a visão do atendimento pelos profissionais de saúde se caracteriza pela rotina de procedimentos, cuja necessidade está em seguir padronizações de forma mecânica, sem compreensão da escuta do usuário, e com déficits no atender suas reais necessidades, que em muitos momentos é apenas uma boa conversa e escuta.

Na subcategoria “Organização do ambiente”, apenas duas gerentes expuseram a organização e harmonização do ambiente como uma das primeiras condutas realizada pelo profissional que abre a UBS/ESF.

Coelho (2009) demonstra em seu trabalho realizado no município de Fortaleza (CE) que os trabalhadores das UBS/ESF precisam valorizar seu espaço de trabalho, e o acesso dos usuários à unidade de saúde. Fornecendo um atendimento qualificado, além de garantir uma ambiência para que o usuário se sinta bem no local. Logo, entende-se por ambiência, um espaço físico arejado, iluminado, limpo, com placas de identificação na perspectiva de promover um ambiente acolhedor, sempre tendo em vista a satisfação dos usuários.

Além, das atitudes de manejo dos atendimentos, vale ressaltar as habilidades da comunicação não verbal durante o acolhimento ao usuário, pois estas refletiram no vínculo entre profissional e usuários. Pode-se citar a linguagem corporal, a expressão facial e o tom de voz, como elementos fundamentais para concretização de uma escuta qualificada por parte do profissional, bem como, o profissional precisa manifestar neutralidade destes elementos perante a escuta ao usuário. Um profissional atento a escuta pode identificar quando o usuário está ficando nervoso ou sentindo dor.

### **Categoria 3- Atendimento a demanda**

Da categoria “Atendimento a demanda” averiguou-se que a estruturação dos atendimentos as demandas espontâneas e programáticas nas UBS/ESF durante o período de expediente, acontece de maneiras similares. A organização do processo de trabalho das equipes de saúde tem duas formas de atender o usuário: a programada que está relacionada no reconhecimento do território e baseada em ações programáticas, indicadores e situação de saúde local; e a espontânea que se direciona para atender a necessidade do usuário, sendo imprevistos no cuidado a saúde. Desta, emergiram duas subcategorias:

#### **Subcategoria 3.1- Demanda Espontânea**

#### **Subcategoria 3.2- Demanda Programada**

Na subcategoria “Demanda Espontânea” observou-se uma igualdade no fluxo do atendimento aos usuários, o qual é realizado pela equipe de enfermagem, tendo o primeiro contato na recepção das UBS/ESF. Após uma escuta qualificada e

com levantamento das necessidades do usuário, o encaminha ou acompanha ao setor. Assim, fornecendo os direcionamentos de acesso ao usuário, conforme as falas descritas a seguir:

*“Conversa com a pessoa, vê a necessidade dela, vê se é intervenção de enfermagem já faz, se é exame ou medicamento passa pelo médico” (ESF 02).*

*“Chega no balcão, escuta e vê o que a pessoa veio buscar...injeção, vacina, curativo...e da os encaminhamentos” (ESF 11).*

A função de realizar e participar do acolhimento aos usuários, proporcionando um atendimento humanizado cabe a todos os profissionais membros da equipe de saúde da família de acordo com o parágrafo VI - atribuições comuns a todos os profissionais - da Portaria nº 2.488/2011 (BRASIL, 2011).

Ainda a Portaria nº 2.488/ 2011 salienta a ABS como a principal porta de entrada dos usuários na RAS. Um dos fundamentos da ABS é o acesso universal dos serviços de saúde, possibilitando o acolhimento baseado na real necessidade de atenção à saúde do usuário, família e comunidade. No contexto da RAS a atenção básica precisa ser resolutiva no sentido de averiguar riscos, necessidades e demandas de saúde na perspectiva de ampliar a capacidade de enfrentamento e autonomia do usuário (BRASIL, 2011).

Quando a necessidade do usuário está relacionada ao atendimento com consulta médica e esta já encerrou o número de vagas que são distribuídos na UBS/ESF, o usuário é avaliado pela consulta de enfermagem primeiramente. Esta afirmação foi exposta por todos os gerentes das UBS/ESF do município pesquisado, como evidenciam algumas falas:

*“Passa pela enfermeira, em casos de conjuntivite, varicela, febre, vômito, e diarreia, pressão alta, encaminha para o médico” (ESF 11).*

*“Todas as urgências passam pela enfermeira para triar, verifica sinais vitais...” (ESF 12).*

*“Quando é urgência passa pela enfermeira para avaliar (...)a classificação nós mesmos que classificamos, avalio: Diabetes e hipertensão descompensados, varicela, febre, garganta com placa, dor abdominal” (ESF 31).*

A consulta de enfermagem tem por base uma sistematização para facilitar o cuidado e a avaliação do usuário, na qual se utiliza um método para organizar as etapas do processo de enfermagem. De acordo com a Resolução 358/2009 do Cofen o processo de enfermagem se constitui de cinco etapas, sendo elas: a coleta de dados, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento de enfermagem, a implementação ou intervenção, e a avaliação de enfermagem.

O Ministério da Saúde (2011) no caderno de Atenção Básica ao acolhimento à demanda espontânea elege várias modelagens para a concretização do acolhimento entre estes se destaca: acolhimento pela equipe de referência, equipe do dia, equipe mista, e coletiva. Em todos os tipos de acolhimento pode-se observar a atuação do profissional enfermeiro e médico. O profissional enfermeiro fica evidenciado pela realização da primeira escuta, atendendo a demanda espontânea, fornecendo respostas e negociando com os usuários as ofertas e encaminhamentos mais adequados às suas necessidades.

A consulta de enfermagem possibilita ao profissional enfermeiro uma avaliação completa das reais necessidades dos usuários, podendo elencar as principais prioridades que se apresentam, para isto, precisa de um dispositivo teórico para embasar suas respostas. Neste, torna-se imprescindível a utilização de um protocolo de acolhimento com classificação de risco para as avaliações das necessidades dos usuários antes de encaminhá-los à consulta médica de urgência.

Outra questão importante de ressaltar diz respeito ao processo de trabalho das equipes de saúde da ABS, que segundo a Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde (2011) uma das atividades se caracteriza pela realização do acolhimento com escuta qualificada, a classificação de risco, e a avaliação das necessidades de saúde do usuário, tendo por objetivo a resolutividade à demanda espontânea e o atendimento às urgências.

A Visita Domiciliar foi referida pelas gerentes com características diversas nas UBS/ESF. Ressaltou-se três tipos de atuação da equipe de saúde referente à visita domiciliar. O primeiro tipo, mencionado por vinte cinco gerentes de UBS/ESF, se apresentou diferente em sua composição, sendo espontânea a equipe de enfermagem e agendado ao profissional médico. O segundo tipo, foi citado por sete UBS, que afirmaram efetivar as visitas domiciliares de forma espontânea para todos os profissionais, logo; quando solicitado a visita pelo usuário, família ou informado

pelo profissional ACS, os profissionais enfermeiro e médico avaliam a necessidade pela comunicação do informante e a realizam no dia corrente da solicitação. O terceiro tipo, citado por duas UBS, coloca que a visita domiciliar é concretizada com agendamento para os profissionais de enfermagem e médico, ou seja, dispondo de organização conforme disponibilidade de agenda dos profissionais.

Segundo a PNAB na Portaria nº 2.488/2011 a atribuição de realizar a atenção domiciliar aos usuários e familiares como processo de trabalho cabe a todos os membros da equipe de saúde. A visita domiciliar precisa ser destinada aos usuários com problemas de saúde que o impossibilite de chegar a UBS/ESF, que necessite de maiores cuidados em curto período de tempo, e em casos especiais que podem ser compartilhados pela equipe de saúde.

Corroborando Giacomozzi e Lacerda (2006) colocam que a assistência domiciliar à saúde é constituída por três modalidades, o atendimento, a visita e a internação domiciliar. Ao focalizar a visita domiciliar, esta, prioriza o diagnóstico da realidade do usuário e ações educativas, se caracteriza por ser um instrumento de intervenção da ESF de maneira a ser programada com intuito de subsidiar intervenções e planejamento de ações de saúde. As autoras ainda argumentam que muitos profissionais de saúde consideram a visita domiciliar apenas uma assistência para realizar procedimentos, sem averiguar o contexto da família e do usuário.

Conforme a Portaria nº 2.488/2011 um dos fundamentos e diretrizes da ABS é a integralidade das ações, as quais se articulam entre programáticas e espontâneas. Estas ações envolvem desde a promoção da saúde à reabilitação, fortalecendo a autonomia e capacidade de automanejo do usuário.

Diante disto, nota-se a veracidade em se obter equilíbrio nas ofertas de atendimento na ABS na demanda espontânea e programáticas. Para que os usuários possam usufruir do serviço de saúde tendo suas reais necessidades concebidas e resolutivas. Como também, o equilíbrio proporciona o controle de agravos da comunidade e ao atendimento de grupos populacionais específicos, além de fortalecer vínculos entre profissionais e usuários.

O cuidado prestado na Atenção Básica em Saúde é voltado para Condições Agudas e Condições Crônicas. Os dois tipos de condições de saúde se diferenciam pelo tempo de duração da condição de saúde, e pela resiliência dos usuários e profissionais de saúde. Nas Condições Agudas as manifestações se apresentam em um curto período de duração, inferior a três meses, e nas Condições

Crônicas as manifestações se classificam com um período mais longo, superior a três meses, podendo ser definitivas e permanentes (MENDES, 2012).

Nesse sentido, as UBS/ESF se caracterizam como uma estratégia que possibilita a integração das ações de saúde, e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados no nível local. Porquanto, acredita-se na importância do equilíbrio entre a demanda espontânea, relacionada às condições agudas, e a demanda programada, relacionada às condições crônicas, já que cada comunidade possui suas características próprias, e com grupos populacionais acometidos em maior grau por uma ou outra destas condições.

Na subcategoria “Demanda Programada” houve o surgimento do tema referente a existência da estruturação dos atendimentos a demanda a partir da procura do usuário e organizada pela equipe nas UBS/ESF, caracterizada pelo trabalho com grupos prioritários ou específicos.

Pode-se averiguar o atendimento com os “Grupos Prioritários” como forma de estruturação da demanda programada nas UBS/ESF durante o período de expediente para a consulta médica ou grupos terapêuticos. A grande maioria, (32) das UBS/ESF efetivam os grupos prioritários de maneiras semelhantes, onde, destinam um período, seja matutino ou vespertino, ao atendimento organizado para estes. Dentre os grupos prioritários citados encontraram-se: crianças, gestantes, idosos, HIPERDIA, saúde da mulher e saúde do homem.

Nos serviços de saúde os usuários são classificados em demanda programada ou em demanda espontânea. De acordo com Rodrigues (2011) na atenção programada ou demanda organizada os atendimentos são agendados com antecedência e consentidos com os usuários. Estes são planejados conforme o cadastramento das famílias, diagnóstico de vida e saúde da comunidade e perfil epidemiológico considerando as situações de maior prevalência e que requerem uma atitude do serviço de saúde. As demandas podem ser organizadas também a partir dos programas do Ministério da Saúde para grupos prioritários, como: saúde da criança, do adolescente, da gestante, do adulto, do idoso, dos portadores de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, DSTs.

Neste sentido, nota-se que a maioria das UBS/ESF trabalha com a atenção aos grupos prioritários considerando-os demanda programada, mas na realidade o agendamento destes grupos acontece pela busca do usuário, e não por



meio do planejamento da equipe de saúde fundamentado no diagnóstico situacional da comunidade. Como por exemplo, o atendimento as gestantes ou de pré natal, onde, o qual, é agendado com a gestante mensalmente, posteriormente a procura da mesma a ESF, logo; efetivando uma assistência de cuidado continuado.

#### **Categoria 4-** Utilização de protocolo de acolhimento com classificação de risco

Desta categoria surgiram duas subcategorias referentes à utilização de protocolo de acolhimento com classificação de risco para a ABS.

##### **Subcategoria 4.1-** UBS/ESF que utilizam protocolo

##### **Subcategoria 4.2-** UBS/ESF que não utilizam protocolo

Na subcategoria “UBS/ESF que utilizam protocolo” apenas três UBS/ESF referiram empregar no cenário prático de trabalho algum protocolo ou fluxograma para o acolhimento com classificação de risco aos usuários que chegam para o atendimento à consulta médica de urgência. O protocolo serve para subsidiar a consulta de enfermagem, a qual avaliará o nível de urgência e as prioridades, como revela a fala abaixo de uma UBS/ESF que faz uso do protocolo:

*“As consultas médicas são agendadas (...) tem duas vagas de urgência, são avaliados pela enfermeira (...) passo para o médico quando for febre, disenteria aguda, dor acima da escala 08, hipertensão elevada, hipoglicemia, êmese persistente, queimadura segundo grau extensa, estado mental alterado, tentativa eminente de suicídio (...) como está no protocolo que nós montamos juntos” (ESF 06).*

A colocação da existência de duas vagas para urgência ao atendimento médico foi citada por quinze UBS/ESF, na qual a avaliação do usuário para o preenchimento da vaga é realizada pela equipe de enfermagem. Observa-se nesta, a delimitação no número de vagas para urgência nas UBS/ESF, sendo apenas duas. A maneira como as unidades de saúde organizam o serviço, influencia diretamente no acesso do usuário, assim determinando a manutenção do vínculo entre usuário-serviço e consolidando sua satisfação pelo mesmo. Cabe-se aqui uma reflexão, a limitação de duas vagas para urgência é suficiente para o serviço e área de abrangência que as UBS/ESF envolve, sendo que as pessoas adoecem em dias, horas e de diferentes causas. O principal acesso do usuário no SUS são as UBS as

quais funcionam como porta de entrada para os serviços de saúde (BRASIL, 2011). Sabe-se que percorre dia sem casos de urgência nas UBS, porém tem dia que os casos de urgências transcendem a duas vagas. Logo, uma inquietação levanta-se referente ao acesso do usuário da demanda espontânea ao serviço de saúde, a qual diz respeito à obtenção da consulta para urgência se faz em número suficiente em relação à demanda. No entanto, precisam-se considerar os momentos em que o profissional médico não se encontra na UBS. Uma das alternativas seria valorizar a atuação dos profissionais com uma visão holística sobre o indivíduo, oferecer um instrumento de organizar o processo de trabalho das equipes: um protocolo de acolhimento.

Evidencia-se aqui a importância de utilizar a opção do acolhimento com avaliação e classificação de risco, logo; facilita e determina a agilidade no atendimento que será ofertado ao usuário, a partir de uma análise profissional tendo fundamentação um protocolo pré-estabelecido envolvendo o grau de necessidade, bem como proporcionado a atenção voltada ao usuário (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, o acolhimento e a avaliação do usuário não podem ser visto como sinônimo de triagem para a consulta médica, mas reconhece que uma escuta eficaz pode criar, na atenção ao usuário, novas alternativas que prescindam a consulta médica, racionalizando sua utilização e encaminhando a mesma quem realmente a necessita.

Na subcategoria “UBS/ESF que não utilizam protocolo” trinta e uma UBS/ESF colocaram que não empregam nenhum tipo de protocolo de acolhimento com classificação de risco ao usuário, isto assinala a ausência de critérios para a classificação de risco e prioridade. A fala a seguir demonstra o uso da avaliação de urgência e emergência que são aplicados em pronto-atendimento, entretanto, não possui protocolo para eleger as prioridades para a ABS.

*“Não tenho protocolo, uso a avaliação de urgência e emergência nos casos de febre, hipertensão, crise asmática, curativo infectado, rigidez de nuca passo para médico” (ESF 20).*

O acolhimento com avaliação e classificação de risco pode ser visto como um dispositivo de garantia para a entrada da demanda espontânea dos usuários

UBS/ESF, ultrapassando a lógica programática, que exclui o acesso dos que não se enquadram nos programas e grupos prioritários estabelecidos pela UBS.

A utilização do protocolo de Manchester, que avalia as situações do usuário por cores nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) pode ser adaptado para a ABS. A classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo dos usuários que procuram a UBS/ESF como porta de entrada de urgência, garantindo um atendimento resolutivo e humanizado àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado.

O Ministério da Saúde (2011) na Portaria nº 1.600, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, respalda que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, incluindo nesta as UBS/ESF, possibilitando uma assistência e resolutividade integral do usuário ou transferindo-o para um serviço de maior complexidade.

Assim, o papel da ABS tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo, responsabilização e o primeiro cuidado às urgências, em ambiente adequado, até a transferência ou o encaminhamento a outros pontos de atenção à saúde do usuário.

## **Categoria 5-** Opinião sobre a construção do Protocolo

Ao indagar sobre a construção do protocolo de acolhimento com classificação de risco para a ABS, emergiram duas subcategorias.

**Subcategoria 5.1-** Positiva para a unanimidade da Organização do Processo de Trabalho

**Subcategoria 5.2-** Negativa para uso do Protocolo

A subcategoria “Positiva para a unanimidade da Organização do Processo de Trabalho” foi a mais comentada por trinta e dois gerentes de UBS/ESF, que relacionaram a construção e a utilização do protocolo de Acolhimento com classificação de risco para a ABS, como método que facilitará o processo de trabalho das equipes, no sentido de agilizar, qualificar e humanizar o atendimento dos profissionais aos usuários, como descrevem as seguintes falas:

*“Ótimo, porque na verdade me sinto insegura na frente de avaliar riscos do paciente e a necessidade de ser uma urgência. E isso (protocolo) seria uma direção e segurança para melhorar nesse sentido. Acolher é priorizar” (ESF 12).*

*“Bem importante, o protocolo, ele guia e facilita a prática, evita erros, todos fazendo a mesma prática” (ESF 26).*

Segundo Ministério da Saúde (2004) o acolhimento é caracterizado como um método de desenvolver e organizar o processo de trabalho em saúde. É utilizado para atender todos os usuários que acessam o serviço de saúde de maneira humanizada, possibilitando uma escuta detalhada demandando respostas apropriadas para cada pessoa. Assim, garantindo uma acessibilidade com eficácia e resolutividade.

Para o Ministério da Saúde (2011) um dos dispositivos do acolhimento para a ABS é a reorganização do processo de trabalho em equipe, o qual se estende na relação do cuidado com qualidade, que vai além da realização de triagem para o atendimento médico, engloba uma reflexão das ações e ofertas que a unidade disponibiliza. Neste processo a equipe precisa conversar e definir quais os profissionais participarão do acolhimento, quais planos de cuidados precisam ser implementados, e reconhecer os riscos e vulnerabilidade que a comunidade possui.

A partir desta ideia, acredita-se que a construção do protocolo de acolhimento com classificação de risco para a ABS servirá para aprimorar a organização do processo de trabalho das equipes de saúde, assim, melhorando o fluxo das unidades de saúde e o cuidado do indivíduo, família e comunidade.

A Comunicação unânime entre UBS/ESF e profissionais também foi abordada como pilar primordial na utilização de um protocolo de acolhimento com classificação de risco, para se obter um funcionamento do processo de trabalho das UBS/ESF do município similar. Além de possibilitar uniformidade das ações nas UBS/ESF e práticas da ABS perante os usuários do município, como evidenciam as falas seguintes:

*“Tudo na UBS deveriam ser protocolados para todo mundo falar a mesma língua, e prestar mesmo atendimento” (ESF 01).*

*“Acho bem importante referente a questão de rotina e protocolo, na questão de todo mundo (as UBS) ter a mesma visão e caminhar no mesmo sentido” (ESF 24).*

Sobre a utilização da avaliação de risco e vulnerabilidade o Ministério da Saúde (2011) diz que a equipe de saúde precisa compartilhar uma mesma comunicação, para isto se faz evidente a troca de conhecimentos, experiências, e que sejam pactuados os critérios para a estratificação de risco. A adoção de um protocolo e escalas de risco tem impacto fundamental na qualidade do acesso e prestação destes serviços.

Além disto, o protocolo de acolhimento com classificação de risco para a ABS, auxiliará na implementação de respostas e soluções para os diferentes casos que se apresentarem a uma equipe, já que os profissionais possuem pensamentos e atitudes diversas frente a um problema. Assim, possibilitará o direcionamento dos atendimentos aos usuários de maneira semelhantes nas UBS/ESF do município, e fornecerá subsídios para que os profissionais interajam com uma mesma comunicação.

Outra questão em destaque foi a necessidade de sensibilizações para os profissionais, a inexperiência dos profissionais para a realização de acolhimento com classificação de risco para a ABS ficou demonstrada por sete gerentes em suas falas, sendo um caminho desafiador de implantar este protocolo para a ABS.

*“(...) precisaria uma capacitação com todos os profissionais que fariam o acolhimento dentro da UBS” (ESF 14).*

*“É coisa nova (protocolo), experimentando na atenção básica...ser bem analisado, deve experimentar” (ESF 20).*

*“Acho que o acolhimento um assunto muito polêmico porque vai de encontro a vários costumes do cotidiano de profissionais que já militam nesta área a muitos anos, e pelo fato do comodismo no modelo biomédico” (ESF 32).*

Diante das falas, pode-se averiguar a necessidade de avaliar e analisar a construção do protocolo em conjunto, visando olhares diferenciados, e de localidades diversas. Cabe ressaltar a importância de uma sensibilização com todos os profissionais das UBS/ESF, porquanto o protocolo de acolhimento com classificação de risco para a ABS é um método novo em território brasileiro e desafiador para as equipes de saúde.

Leite (2009) lembra que a proposta de capacitação para os profissionais para o acolhimento com classificação de risco é importante para proceder à entrevista ou pré-consulta que possibilite a exclusão ou identificação de sinais de gravidade, a qual propõe a classificação de risco. Logo, os profissionais precisam ser devidamente treinados para tal exercício.

Na subcategoria “Negativa para uso do Protocolo” apenas duas UBS/ESF demonstraram opinião contrária à existência de um protocolo para o acolhimento com classificação de risco para a ABS. Como mostra a fala:

*“Na ESF não há esta necessidade, porque tem vínculo com paciente. Mas o bom senso falta. Eles (a comunidade) não conseguem diferenciar o que é risco. Não adianta ter classificação de risco e não olhar nos olhos e ver o que a pessoa está sentindo” (ESF 17).*

O Ministério da Saúde (2011) argumenta que há várias definições para o termo acolhimento, tendo diversos sentidos e significados. Uma das caracterizações do acolhimento é a prática apresentada à assistência e aos cuidados prestados, na relação entre usuário-profissional, e nos atos de receber e escutar o indivíduo. Uma das razões para acolher a demanda espontânea do SUS faz referência a subjetividade e necessidade do usuário. Outra razão seria o acolhimento relacionado à satisfação do usuário na ABS incluindo nesta as tecnologias leves (acolhimento, vínculo, responsabilização entre outros), leve-dura (conhecimentos, protocolos), e duras (materiais e equipamentos).

As UBS precisam estar preparadas para atender a demanda programada e a não programada (espontânea), que apresentam eventualidades e imprevistos. Uma terceira razão do acolhimento fundamenta-se no fortalecimento de vínculos, já que o usuário busca a unidade em um momento de fragilidade e adoecimento. Ainda sobre o assunto o Ministério da Saúde (2011) coloca que a adoção de um protocolo e escalas de risco tem impacto fundamental na qualidade do acesso e prestação dos serviços da UBS/ESF aos usuários.

### **5.1 Roda de discussão sobre Construção do Protocolo**

Após análise das entrevistas, oportunizou-se encontro com os enfermeiros gerentes de UBS/ESF do município de Criciúma para uma apresentação

prévia dos resultados, e discussão da construção do protocolo de acolhimento com classificação de risco para a ABS.

Para a realização do encontro foi utilizada apresentação de Power Point para a exposição dialogada do conteúdo referente aos resultados da pesquisa, e impressão do protocolo em construção para análise em dupla. A atividade proposta foi vivenciada no grande grupo, com a participação de 18 trabalhadores da saúde. Das discussões levantadas, saíram novas ideias e sugestões que nortearam a construção do protocolo.

O encontro com os enfermeiros gerentes aconteceu no dia 18 de dezembro de 2012, no período matutino e contou com a participação de 14 enfermeiros trabalhadores de UBS/ESF do município de Criciúma, se fez presente neste, a secretária do sistema de saúde do município, a coordenadora da Atenção Básica em Saúde, como também as residentes de farmácia e fisioterapia. O convite foi destinado a todos os gerentes de UBS/ESF, entretanto, muitos se encontravam em período de férias de trabalho; logo, obteve-se a participação parcial dos profissionais enfermeiros.

A roda de discussão sobre a elaboração do protocolo ficou composta pelos seguintes momentos:

Primeiro momento:

Iniciou-se o encontro com a acolhida aos gerentes, dando-lhes boas vindas e acomodando-os em seus lugares na roda formada. Isso se faz necessário para que os participantes se sintam integrantes da grande roda, possibilitando uma comunicação aberta e acessível a todos.

Segundo momento:

Na sequência, foi realizada uma breve exposição dialogada em power point sobre acolhimento as demandas: espontânea e programada, e sobre as condições crônicas e agudas relacionadas a ABS.

O explanação destes temas foi importante para conscientização e ampliação de conhecimento para os profissionais, amenizando dúvidas e possibilitando maior entendimento da importância do acolhimento para a ABS.

Com estes conceitos discutidos e compreendidos, o grupo pode averiguar e acompanhar a apresentação dos resultados da pesquisa com maior clareza.



Figura 1 – Roda de discussão do protocolo de acolhimento com os enfermeiros gerentes de UBS/ESF.

#### Terceiro momento:

Depois da apresentação dos resultados obtidos das entrevistas, seguiu-se com a discussão do acolhimento para a ABS. Entregou-se uma cópia do protocolo de acolhimento com classificação de risco pré-construído para cada dupla. Desta forma, pode-se acompanhar cada item contido no protocolo e os gerentes puderam contribuir com ajustes e acréscimos do conteúdo.

A arguição deu-se por meio de instrumento do Microsoft word e acompanhamento direto na cópia entregue.

Discutiu-se a proposta dos objetivos contidos no protocolo, destinando-os, exclusivamente, a equipe de ABS do município. Sobre a aplicação da escuta técnica detalhada para a realização da classificação de risco do atendimento ao usuário, coube ao profissional enfermeiro ou técnico de enfermagem. Logo, precisando de capacitações e sensibilizações para a efetividade do processo.

#### Quarto momento:

Durante a roda de discussão levantou-se vários questionamentos, tais como; a Portaria nº 2.488/2011 das especificidades do enfermeiro, onde a valorização do profissional enfermeiro esta sendo progressiva no município, a população consegue diferenciar o profissional perante a equipe de saúde e sua função no processo de trabalho nas UBS/ESF.

Os profissionais enfermeiros abordaram a importância do compartilhamento das atividades positivas e das diversas ações que estão dando certo em alguma comunidade para as outras, para que as ações em saúde possam se fortalecer. Os profissionais expressaram a necessidade de encontros entre a categoria para fortalecimento da profissão no âmbito político.



Outro item em discussão pelo grupo foi à consulta de enfermagem no processo de trabalho na UBS/ESF. A enfermagem está conseguindo transcender a visão médico centrada, com aproximação da comunidade à profissão. E a construção e utilização de protocolos sendo utilizados pela enfermagem auxiliam a padronizar as ações dos profissionais. Ficou evidente a importância de um encontro ou seminário para discussão e planejamento do processo de enfermagem enfatizando a metodologia da assistência de enfermagem.

Quinto momento:

Posteriormente, o grupo discutiu as ações que seriam necessárias para a implementação do acolhimento com classificação de risco no município para ABS, sendo que o profissional responsável por esta função seria a equipe de enfermagem, como ator principal, o enfermeiro, na sua ausência o técnico de enfermagem.

Nesta algumas questões fomentaram a discussão, como a organização dos fluxos na UBS, a utilização do protocolo, e o processo de trabalho da equipe sendo mais funcional e com ações mais resolutivas às necessidades da população.

Sugeriu-se que o protocolo tivesse uma parte teórica com conteúdo técnico, e pudesse haver um instrumento prático, como um encarte colorido das classificações de risco para ser utilizado na sala de triagem da UBS/ESF.

Sexto momento:

A parte final contou com a formação de uma comissão para aperfeiçoar o protocolo e iniciar as ações de implementação, pesquisando os caminhos e tramites legais para isto acontecer. Esta comissão ficou constituída por seis enfermeiros que se dispuseram e se interessaram a participar. Este passo é importante, para que a elaboração do protocolo articule com os serviços de saúde e que os profissionais possam aprimorar os conhecimentos, trazendo inovações e tecnologias de saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa pode-se apreender a importância do acolhimento como instrumento de fortalecer o vínculo dos profissionais com o usuário, e também a organização do processo de trabalho das equipes de saúde. O acolhimento com a classificação de risco para a ABS torna-se um desafio para os profissionais de saúde, exigindo escuta qualificada, conhecimentos científicos e técnicos, para efetivar uma resposta ao usuário capaz de garantir um acesso humanizado e resolutivo.

Os objetivos desta pesquisa foram alcançados por meio da entrevista e do encontro em forma de roda de discussão e diálogo com os profissionais enfermeiros das UBS/ESF. A proposta da pesquisa de “Propor um protocolo de acolhimento com classificação de risco para a Atenção Básica em Saúde do Município de Criciúma”, conquistou-se com sugestões dos profissionais, pesquisa em bibliografias, e análise do sucesso do acolhimento com classificação de risco em outros municípios brasileiros.

Dos objetivos específicos sobre a identificação do(s) profissional(is) envolvido no atendimento aos usuários na unidade de saúde, e a rotina de atendimentos nas unidades de saúde e as formas de organização das demandas, observou-se que a equipe de enfermagem está diretamente envolvida com o atendimento e prestação de serviço ao usuário na ABS. As formas de organização de fluxograma e organização das demandas apresentam-se diversificadas de uma ESF para outra, encontra-se tanto atendimento a demanda espontânea quanto a demanda programada.

O outro objetivo específico de discutir com as equipes da ABS do município em questão a proposta de protocolo de acolhimento com classificação de risco aconteceu de maneira dialogada e expositiva. Desta, pode-se aperfeiçoar as ideias do protocolo pré-elaborado, e levantar informações pertinentes a profissão de enfermagem, além de efetivar uma comissão de profissionais enfermeiros com interesse sobre o assunto para continuar atuando em melhorias para o protocolo, já pensando na utilização deste pelas equipes de UBS/ESF.

Os profissionais enfermeiros puderam ampliar a compreensão e análise da situação da atenção primária em saúde do município durante o encontro realizado para a estruturação, elaboração e construção do protocolo de acolhimento

com classificação de risco. Além disso, propuseram a formação de uma comissão para continuar a pensar e implementar o protocolo de acolhimento com a classificação de risco. Acredita-se que a utilização de um protocolo de acolhimento com classificação de risco para a ABS, possa contribuir para a Organização do Processo de Trabalho das UBS/ESF do município de Criciúma.

O primeiro pressuposto levantado para a pesquisa, que a Atenção Básica em Saúde do município de Criciúma não possui protocolo de acolhimento com classificação de risco para a demanda espontânea, foi validado na realidade, onde os profissionais enfermeiros não dispunham deste instrumento no processo de trabalho na ESF. Alguns enfermeiros revelaram utilizar protocolo de acolhimento, o qual foi criado individualmente para a equipe utilizar, entretanto não sendo discutido e divulgado para outros profissionais.

O segundo e terceiro pressupostos abordados, que se referem a inexistência na Atenção Básica em Saúde do município de Criciúma de um fluxograma de acolhimento com classificação de risco para o atendimento dos usuários nas unidades de saúde e a indefinição de prioridades para consultas e atendimentos aos usuários do serviço, foi verificado e comprovado a inexistência de fluxograma durante as entrevistas em visitas as UBS/ESF. As ESF classificam os usuários de diversas maneiras, e sem registro formal do que seria prioridade em saúde para os atendimentos, o que implica em condutas diferenciadas em situações semelhantes.

Propõe-se que o protocolo construído seja aplicado no município, e continue sendo estudado e discutido com as equipes de saúde, e que o acolhimento com classificação de risco possa ser tema de encontros com os profissionais enfermeiros do município. Sugere-se que a comissão de profissionais enfermeiros para aperfeiçoar o protocolo seja efetivada com encontros regulares.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2005, vol.9, n.16, pp. 39-52. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Versão atualizada em janeiro/2004, incorporando as contribuições dos grupos de discussão da Oficina Nacional HumanizaSUS, realizada em 19 e 20 de novembro de 2003. Humaniza SUS. Brasília. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Textos Básicos de Saúde:** acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ed. Brasília: editora Ministério da Saúde, 2006. 44p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Comunicação e Educação em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279** de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 56 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Legislações – GM. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **portaria nº 1.600**, de 7 de julho de 2011. legislações – gm. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Sistema Único de Saúde. 2012. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24627](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24627)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Atenção Básica. Saúde da Família. 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencabasica.php>

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias e VERDI, Marta. **Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3569-3578. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900032>

COELHO, Márcia Oliveira e JORGE, Maria Salete Bessa. **Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1523-1531. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.248p.

GIACOMOZZI, Clélia Mozara e LACERDA, Maria Ribeiro. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006, vol.15, n.4, pp. 645-653. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400013>.

LEITE, Marcela Pereira de Souza. **Proposta de um protocolo de acolhimento para unidade de atenção primária à saúde de Virgolândia, Minas Gerais.** Virgolândia- MG. 2009.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** Florianópolis: UFSC, 2002.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. **Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2007, vol.20, n.1, pp. 12-17. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000100003>.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 6ª. Ed. Petrópolis, RJ: 1994. 80 p.

PAIM, Jairnilson Silva e SILVA, Lígia Maria Vieira da. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS.** *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* [online]. 2010, vol.12, n.2, pp. 109-114. ISSN 1518-1812.

RODRIGUES, Laís Oliveira. **Auditoria da Atenção Programada de Unidade Básica de Saúde: a Construção de um instrumento**. Publicação do Ministério da Saúde. Brasília, Revista Brasileira Saúde da Família, 2011. ISSN 1518-2355

SANTOS, José Luís Guedes dos et al. **Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde**. *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2012, vol.33, n.2, pp. 205-212. ISSN 1983-1447. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200028>.

SCHWARTZ, Talita Dourado; FERREIRA, Josilda Terezinha Bertuloso; MACIEL, Ethel Leonor Noia e LIMA, Rita de Cássia Duarte. **Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES)**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.4, pp. 2145-2154. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400028>.

SOUZA, Renilson Rehem de. Secretário de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde – Brasil. **O sistema público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil 11 a 14 de agosto de 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala299.pdf>

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo e CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3615-3624. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>.

TRIVINOS, Augusto N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais – A Pesquisa Qualitativa em Educação**. SP: Atlas, 1995.

VIEIRA, Ligia Maria et al. **Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização do acolhimento aos usuários na rede básica: Salvador, 2005-2008**. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2010, vol.10, suppl.1, pp. s131-s143. ISSN 1519-3829. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500012>.

## **ANEXO**

**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO**  
**PARTICIPANTE**

Estamos realizando um projeto para o Trabalho de Monografia do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família - UNESC intitulado “ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”. O (a) sr(a). foi plenamente esclarecido de que participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos: Propor um protocolo de acolhimento com classificação de risco para a Atenção Primária em Saúde. Embora o (a) sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o (a) sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autoriza ainda a gravação da voz na oportunidade da entrevista.

A coleta de dados será realizada pela Enfermeira Residente Patrícia Araújo Burato Miguel (fone: 99091638) do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família da UNESC e orientado pela Profª. MCs Ioná Vieira Bez Birolo (fone: 99289765). O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.

**Criciúma (SC)\_\_\_\_de\_\_\_\_\_de 2012.**

---

**Assinatura do Participante**



## APÊNDICES

**Apêndice A – Instrumento de coleta de dados- Entrevista com Gerente de UBS/ESF.**

Nome UBS/ESF:

- 1- Quem abre a UBS/ESF?
- 2- Qual a conduta ou qual o atendimento prestado para a comunidade deste profissional que abre a ESF?
- 3- Como é estruturado o atendimento a demanda espontânea durante todo o dia na UBS/ ESF?
- 4- Qual o encaminhamento/procedimento feito aos usuários que não conseguem o serviço (demanda reprimida), como:  
consultas:  
visitas domiciliares:  
procedimentos de enfermagem:  

---
- 5- É utilizado algum protocolo ou fluxograma para o acolhimento? Há classificação de risco?  
( )SIM ( )NÃO  

---
- 6- Como é estruturada demanda organizada (programada), grupos prioritários da ESF?
- 7- Quais as facilidades e dificuldades encontradas no atendimento as demandas espontânea e programadas nesta UBS/ESF?
- 8- A proposta deste estudo como já conversamos é a construção de um protocolo de acolhimento com classificação de risco para a ABS. Qual a sua opinião sobre o assunto?
- 9- Você gostaria de discutir ou de ajudar a construir este protocolo?  
( )sim ( )não

Gostaria de dizer mais alguma coisa?

**Apêndice B** – Protocolo de acolhimento com classificação de risco para a ABS.

Universidade do Extremo Sul Catarinense -UNESC

Unidade Acadêmica da Saúde- UNASAU

Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde  
da Família

